

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Venho através desta, autorizar a utilização pelo Prof. Dr. Sérgio Martorelli das minhas imagens, fotografias, laudos de exames pré e pós-operatórios, para uso científico, publicação em periódicos, inclusive imagens de trans-operatórios, radiografias, tomografias, etc, sem restrições.

Maria Estônia Jesus de Oliveira
Nome Legível

CPF - 430.654.814-72

RG 1.1.54541

Endereço:

av. Nossa Senhora do Socorro N: 408
Condeiro
Recife - Pernambuco

Recife, 24 / 08 / 2018

(D)

pré-operatório

() Com restrição _____
() Sem restrição _____

Recife, ___/___/___

Prof. Dr. Sérgio Martorelli

CRO/PE - 3000

Cirurgião Maxilo-Facial

Pós-Graduado em Cirurgia e Reabilitação Maxilo-Facial Pelo Hospital
Pitié-Salpêtrière - Paris / Mestre em Cirurgia e
Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - UFPE

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

Este é um formulário-padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas, sejam elas sob anestesia local ou geral. As informações nele contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para operações grandes, em pacientes saudáveis ou naqueles que apresentem complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que são possíveis de ocorrer como todo e qualquer procedimento cirúrgico. Por exemplo: Em algumas operações há uma possibilidade, ainda que remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas quando necessária, a transfusão deve ser empreendida. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham ocorrer durante e depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que, para evitar sangramentos não devo ingerir produtos que contenham AAS (Ácido Acetilsalicílico) de 7 a 10 dias antes da cirurgia tão pouco após.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais a aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo, o cirurgião abaixo e seus assistentes, designados por ele, a executarem atos cirúrgicos ou outros procedimentos que segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem serem tratadas e que não sejam do conhecimento do meu cirurgião até o momento em que o procedimento seja iniciado.

Estou informado de que existem riscos, como perda de sangue (hemorragias), infecção e ataque cardíaco, que podem levar a morte, incapacidade parcial ou permanente, que podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento.

Estou ciente que nos casos de cirurgias em que se faz a incisão, podem ocorrer infecções, dor no local da incisão, edemas (inchaço), hematomas (manchas arrocheadas na pele), que podem levar a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem acontecer no futuro que não foram informados neste formulário de consentimento.

Autorizo a administração de anestesia geral, quando for o caso, por um médico anestesiolista aprovado pelo meu cirurgião.

Compreendo que toda anestesia, seja anestesia local ou anestesia geral, envolvem riscos ou complicações e possivelmente danos severos a órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em parestesias, paralisias, problemas cardíacos e/ou morte cerebral por causas conhecidas e desconhecidas.

Estou ciente de que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao cirurgião ou qualquer de seus assistentes. Certifico que meu cirurgião me informou sobre a natureza e as características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento, de possíveis alternativas de tratamento para esta patologia e dos possíveis riscos conhecidos, complicações, bem como dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável: Maria Vitória Alves de Oliveira

Nome em letra de forma: MARIA VITÓRIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF/RG.: 430654814-72 157541

O procedimento clínico ou cirúrgico, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e os resultados antecipados foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável, antes que este consentimento fosse assinado.

Data: 04/04/18

Assinatura: _____

SÉRGIO MARTORELLI